

TRIGLAV BH OSIGURANJE, D.D. SARAJEVO  
DOLINA BR. 8, 71000 SARAJEVO



## Opći uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja - nezgode

PG-NE  
09-9-bh

### 1. član - OPĆE ODREDBE

- (1) Opći uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja - nezgode (u daljnjem tekstu: Opći uvjeti) sastavni su dio ugovora o osiguranju osoba od posljedica nesretnog slučaja, sklopljenog između ugovarača osiguranja (u daljnjem tekstu: ugovarač) i Triglav BH Osiguranja d.d. (u daljnjem tekstu: osiguravač).
- (2) Ovim Općim uvjetima uređuju se odnosi između osiguravača i ugovarača osiguranja za ugovorene oblike osiguranja za slučaj:
- smrti usljed nesretnog slučaja (nezgode),
  - trajnog invaliditeta,
  - prolazne nesposobnosti za redovan rad,
  - smještaja i liječenja u bolnici,
  - nastanka troškova liječenja.
- Ostali se slučajevi uređuju posebnim ili dopunskim uvjetima ili posebnim odredbama na polici osiguranja.

- (3) Izrazi navedeni u ovim Općim uvjetima znače:

<b>Ugovarač</b>	- fizička ili pravna osoba koja sklopi ugovor o osiguranju s osiguravačem;
<b>osiguranik</b>	- osoba od čije smrti, invaliditeta ili narušenja zdravlja ovisi isplata osigurane sume ili naknade;
<b>ponuđač</b>	- osoba koja želi sklopiti osiguranje i u tu svrhu podnese pisanu ili usmenu ponudu osiguravaču;
<b>korisnik osiguranja</b>	- osoba kojoj osiguravač isplaćuje osiguranu sumu ili naknadu;
<b>polica</b>	- isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju;
<b>osigurana suma</b>	- najveći iznos do kojeg osiguravač garantuje;
<b>premija</b>	- iznos koji ugovarač mora platiti po ugovoru o osiguranju;
<b>invaliditet</b>	- potpuni ili djelimični gubitak opće radne sposobnosti kao posljedice nesretnog slučaja
<b>list pokrića</b>	- privremeni dokaz o sklopljenom osiguranju, koji sadrži sve bitne elemente ugovora o osiguranju

### Član 2 - SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

- (1) Ugovor o osiguranju može se sklopiti na osnovu usmene ili pisane ponude.
- (2) Osiguravač ima pravo zahtijevati da ponuđač za sklapanje ugovora o osiguranju podnese pisanu ponudu na posebnom obrascu.
- (3) Ako osiguravač ne prihvati ponudu, dužan je u roku od 8 dana po njenom primitku o tome pismeno obavijestiti ponuđača. Ako osiguravač u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od uvjeta po kojima se sklapa osiguranje, smatra se da je ugovor sklopljen kad je osiguravač primio ponudu.
- (4) Ako je osiguravač spreman ponudu prihvatiti samo s posebnim uvjetima, osiguranje počinje onim danom kad je ugovarač pristao na posebne uvjete.

- (5) Smatra se da je ponuđač odustao od ponude, ako na posebne uvjete nije pristao u roku od 8 dana po primanju preporučene obavijesti osiguravača.
- (6) Ugovor o osiguranju je zaključen kad ugovarač i osiguravač potpišu policu ili list pokrića.
- (7) Ugovor o osiguranju je ništavan ako je tada kad je bio zaključen, osigurani slučaj već bio nastupio ili je bio u nastajanju ili je bilo sigurno da će nastati. U takvom slučaju, već plaćena premija se vraća ugovaraču osiguranja.
- (8) Ugovor o osiguranju i svi dodaci tom ugovoru su važeći ako su zaključeni u pisanom obliku.
- (9) Zahtjevi, obavijesti i izjave podnesene su pravovremeno, ako su podnesene u rokovima utvrđenim ovim Općim uvjetima. Danom primanja smatra se dan kad je preporučeno pismo bilo predato na poštu.

### član 3. OBAVEZE UGOVARAČA I POSLJEDICE NEISPUNJAVANJA TIH OBAVEZA

- (1) Ugovarač osiguranja je kod sklapanja ugovora dužan prijaviti osiguravaču sve okolnosti, koje su značajne za ocjenu opasnosti i koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. Ako je ugovarač namjerno netačno prijavio ili namjerno prešutio bilo kakvu okolnost takve prirode da osiguravač nebi sklopio ugovor da je znao za istinito stanje stvari, osiguravač može zahtijevati poništenje ugovora ili odbiti isplatu naknade iz osiguranja. Ako se ugovor poništen, osiguravač zadržava već uplaćene premije i ima pravo zahtijevati plaćanje premije za period osiguranja, u kojem je zahtijevao poništenje ugovora.
- (2) Ako je ugovarač osiguranja slučajno prijavio nešto netačno ili nije poslao dužno obavještenje, osiguravač može, po svom nahođenju - u roku od mjesec dana od dana kada je saznao za netačnost ili nepotpunost prijave, javiti da poništava ugovor ili predlaže povećanje premije u srazmjeri sa većom opasnošću. U takvom slučaju, prestaje ugovor nakon isteka četrnaest dana od dana, kada je osiguravač saopštio ugovaraču osiguranja da raskida ugovor. Ako osiguravač predlaže povećanje premije, a ugovarač osiguranja ne prihvati prijedlog u roku od četrnaest dana od dana kada ga je primio, ugovor se, na osnovu samog zakona, smatra raskinutim.

- (3) Ako se ugovor raskine u skladu sa odredbom iz prethodnog stava, osiguravač je dužan vratiti dio premije, koji se odnosi na period do kraja perioda osiguranja.
- (4) Ako je osigurani slučaj nastao prije nego što je bila utvrđena netačnost ili nepotpunost prijave ili kasnije, ali prije raskida ugovora, odnosno prije postignutog sporazuma o povećanju premije, suma osiguranja se smanjuje u srazmjeru između stepena plaćenih premija i stepena premija, koje bi trebale biti plaćane obzirom na stvarnu opasnost.

### 4. član - OSOBE KOJE SE MOGU OSIGURATI PO OVIM UVJETIMA

- (1) Moguće je osigurati osobe od 14 do 75 godina života. Osobe mlađe od 14 i starije od 75 godina moguće je osigurati po posebnim ili dopunskim uvjetima.

**PG-NE/09-9-bh**

- (2) Osobe kojima je opća radna sposobnost umanjena zbog teže bolesti, težih tjelesnih mana ili nedostataka u smislu člana 8. st. (1) tač. 6, osiguravaju se uz plaćanje povećane premije.
- (3) Osobe kojima je u cijelosti oduzeta radna sposobnost u svakom su slučaju isključene iz osiguranja, osim ako zakonskim propisima nije drugačije određeno.

**5. član - POJAM NESRETNOG SLUČAJA**

- (1) Nesretnim slučajem smatra se iznenadni, nepredviđen i od volje osiguranika neovisan događaj, koji djelujući uglavnom izvana i naglo na osiguranikovo tijelo ima za posljedicu njegovu smrt, trajni invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad, smještaj i liječenje u bolnici ili nastanak troškova liječenja.
- (2) U smislu prethodnog stava nesretnim slučajem smatraju se naročito sljedeći slučajevi: gaženje, sudar, udarac kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, okliznuće, ranjavanje oružjem, nekim drugim predmetom ili eksplozivnim materijalom, ubod kakvim predmetom, udarac ili ujed životinje.
- (3) Nesretnim slučajem smatraju se još sljedeći iznenadni, nepredviđeni i od volje osiguranika neovisni događaji:
- 1) trovanje gutanjem otrova u hrani ili hemijskih sredstava, ali ne zaraza gutanjem bakterija;
  - 3) trovanje zbog udisanja plinova ili otrovnih para, osim profesionalnih bolesti; infekcija rane koja je nastala zbog nesretnog slučaja;
  - 4) opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetima, tekućinama ili parom, kiselinama i lužinama;
  - 5) davljenje i utapanje;
  - 6) gušenje ili ugušenje zbog zatrpavanja (zemljom, pijeskom i slično), kao i zbog udisanja pare ili plinova -osim profesionalnih oboljenja;
  - 7) djelovanje svjetlosti, sunčanih zraka ili temperature, ako je osiguranik bio izložen takvom djelovanju zbog nesretnog slučaja koji se dogodio neposredno prije toga ili zbog spašavanja ljudskog života.
- (4) Nesretnim slučajem u smislu ovih Općih uvjeta ne smatraju se:
- 1) sve uobičajene zarazne i profesionalne bolesti;
  - 2) stanja psihičkih disfunkcija bez obzira na uzrok;
  - 3) trbušne, pupčane, vodene i druge kile, osim onih što nastanu zbog direktnog povređivanja trbušne stijenke pod neposrednim djelovanjem vanjske mehaničke sile, ukoliko je nakon povrede pored traumatske kile bila klinički ustanovljena povreda mekih dijelova trbušne stijenke u tom području;
  - 4) infekcije i oboljenja koje nastaju zbog raznih oblika alergije, rezanja ili trganja žuljeva i drugih izraslina kože te aktinički uzrokovane bolesti;
  - 5) anafilaktički šok, osim ako je nastao pri liječenju posljedica nesretnog slučaja;
  - 6) prekomjerni tjelesni napori, nagle tjelesne kretnje, do kojih dolazi bez vanjskog događaja, koje ne uzrokuju posljedice navedene u tač. 7, 3. st. ovog člana;
  - 7) međukralježne kile (hernie disci intervertebralis) bez obzira na uzrok, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, cervicobrahialgija te drugih oblika draženja živčanih korijena, miofascitisa, kokcigidinija, ishialgija, fibrozitisa i sve promjene bubrežno-križnog predjela, koje su označene analognim terminima te ponavljajuće (habitualno) iščašenje ili uganuće istog zgloba;
  - 8) odljepljenje mrežnice (ablatio retinae);
  - 9) posljedice koje nastaju zbog delirium tremensa i djelovanja opojnih ili drugih psihoaktivnih tvari;
  - 10) posljedice medicinskih zahvata koji se obavljaju zbog liječenja ili sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posljedica došlo zbog dokazane pogreške medicinskog osoblja (vitiium artis);

- 11) pataloške promjene na kostima, zubalu, hrskavici i pataloške epifiziolize.

**6. član - TRAJANJE OSIGURANJA, POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA**

- (1) Osiguranje počinje u 24,00 sata onog dana koji je na polici označen kao dan početka osiguranja i prestaje u 24,00 sata onog dana koji je na polici označen kao dan prestanka osiguranja.
- (2) Ako je na polici naveden samo početak osiguranja, osiguranje se produžava iz godine u godinu, dok ga jedna od strana ne otkáže.
- (3) Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika bez obzira na to je li i koliko trajanje bilo ugovoreno, u 24,00 sata onoga dana, kad:
- 1) osiguranik umre ili se kod njega ustanovi 100 % invaliditet;
  - 2) osiguranik postane radno nesposoban;
  - 3) istekne godina osiguranja u kojoj je osiguranik navršio 75 godina života;
  - 4) istekne rok po članu 10. st. (3) ovih uvjeta, a premija ili premijska rata nije bila plaćena;
  - 5) je poništen ugovor po članu 15. ovih uvjeta.
- (4) Obaveza osiguravača počinje u 24,00 sata onog dana koji je na polici naveden kao početak osiguranja, ali ipak ne prije nego u 24,00 sata onog dana kad je bila plaćena prva premija ili premijska rata.
- Ako je u polici dogovoreno plaćanje premije virmanom, obaveza osiguravača počinje u 24,00 sata onog dana koji je na polici naveden kao početak osiguranja, odnosno u satu koji je na polici naveden kao početak obaveze.
- (5) Obaveza osiguravača prestaje najkasnije u 24,00 sata dana prestanka osiguranja.

**7. član - OBIM OBAVEZA OSIGURAVAČA**

- (1) U slučaju preuzimanja obaveze za nesretne slučajeve u smislu ovih Općih uvjeta osiguravač isplaćuje:
- 1) osiguranu sumu za smrt, ako je uslijed nesretnog slučaja osiguranik umro, odnosno osiguranu sumu za invaliditet, ako je uslijed nesretnog slučaja nastupio potpuni invaliditet osiguranika;
  - 2) postotak osigurane sume za invaliditet, koji odgovara postotku djelimičnog invaliditeta, ako je osiguranik zbog nesretnog slučaja postao djelimični invalid;
  - 3) dnevnu naknadu po članu 14. st. (7) ovih Općih uvjeta, ako je osiguranik bio zbog nesretnog slučaja privremeno nesposoban za obavljanje svojih redovnih radnih zadataka;
  - 4) naknadu troškova liječenja po članu 14. st. (8) i (9) ovih Općih uvjeta;
  - 5) naknadu za bolnički dan po članu 14. st. (10) ovih Općih uvjeta;
  - 6) ostale ugovorne obveze po posebnim ili dopunskim uvjetima.
- (2) Obaveza osiguravača po prethodnom stavu vrijedi za nesretne slučajeve što nastanu pri onoj djelatnosti koja je u polici izričito navedena.
- (3) Obaveza osiguravača postoji samo za nesretne slučajeve nastale tokom trajanja osiguranja i to samo za one posljedice nesretnog slučaja koje su nastupile i bile utvrđene u medicinskoj dokumentaciji u prvoj godini po nesretnom slučaju.

### 8. član - OGRANIČENJA OBAVEZA OSIGURAVAČA

- (1) Ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća veća premija, ugovorene osigurane sume smanjuju se u omjeru između stvarno plaćene premije i premije koju bi trebalo platiti kad nesretni slučaj nastane:
- 1) pri obavljanju posebno opasnih poslova, kao što su: demontiranje mina, granata i drugih eksplozivnih sredstava, gonjenje pri lovu, kaskaderstvo i nastupanje u posebno opasnim filmskim ulogama, izvođenje profesionalnih i vrhunskih sportskih aktivnosti, profesionalno ronjenje;
  - 2) pri upravljanju i vožnji letjelicama i letećim napravama svih vrsta, osim za putnike u javnom prijevozu;
  - 3) na utrkama motornim vozilima, bez obzira na kategoriju vozila i na treninzima za njih;
  - 4) pri sportskom učestvovanju na individualnim ili organiziranim treninzima i javnim sportskim natjecanjima, na kojima osiguranik učestvuje kao registrirani član sportske organizacije ili društva;
  - 5) zbog vojnih operacija ili ustanaka koji su zatekli osiguranike izvan granica države ugovarača osiguranja, ako u njima nije aktivno učestvovao;
  - 6) kod osoba koje su preboljele kakvu težu bolest, ili su pri sklapanju ugovora o osiguranju teže bolesne, ili imaju prirodene ili stečene teže tjelesne mane ili nedostatke, zbog čega je njihova opća radna sposobnost po ovim uvjetima umanjena za više od 50 %.
- (2) Zbog nesretnog slučaja koji se osiguraniku dogodio kao saputniku pri vožnji vozilom čiji je vozač u trenutku nesreće vozio pod utjecajem alkohola, opojnih ili drugih psihoaktivnih tvari, osiguravač isplaćuje 75 % utvrđene odštete. Jednaki dio sume isplaćuje osiguravač i onda kad osiguranik prilikom nesretnog slučaja nije koristio zaštitnu kacigu ili nije bio vezan sigurnosnim pojasom, u skladu sa Zakonom o bezbjednosti saobraćaja, kao i kada je do nesretnog slučaja došlo prilikom rekreacije osiguranika.
- (3) Ako se osiguranik ne drži uputa ljekara, osiguravač nije dužan isplatiti odštetu u cijelosti nego u srazmjernom dijelu u odnosu na povećane posljedice koje su zbog toga nastale.
- (4) Ako su na pogoršanje zdravlja uzrokovanog nesretnim slučajem utjecala i druga oboljenja, degenerativne promjene odnosno stanja ili mane, koje se nisu ranije manifestovale osiguravač isplaćuje 75% utvrđene odštete, ukoliko su iste već ranije manifestovale osiguravač isplaćuje 50% utvrđene odštete.

### 9. član - ISKLJUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA

- (1) Isključene su sve obaveze osiguravača koje nastanu:
- 1) zbog potresa;
  - 2) zbog vojnih operacija ili pobuna u državi ugovarača osiguranja;
  - 3) zbog aktivnog učestvovanja u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik u njima učestvovao pri obavljanju svojih radnih zadataka ili na poziv ovlaštenih tijela države ugovarača osiguranja;
  - 4) pri upravljanju letjelicama i letećim napravama svih vrsta, plovni objekata, motornih i drugih vozila, bez propisane važeće dozvole za upravljanje vrstom i tipom letjelice, plovnog objekta, motornog i drugog vozila. Smatra se da osiguranik ima propisanu vozačku dozvolu kad zbog pripreme i pri polaganju ispita za dobivanje službene dozvole vozi pod neposrednim nadzorom osobe, koja po postojećim propisima može podučavati. Posljedica po ovoj tački nema, kad ne posjedovanje propisane važeće isprave nije imalo uticaja na nastanak nesretnog slučaja;
  - 5) zbog poremećaja svijesti, epileptičkog napada, kapi, infarkta ili bolesnog stanja osiguranika kao i sve posljedice nezgode koje nastanu kao rezultat slabosti.
  - 6) zbog pokušaja ili izvršenja samoubistva;
  - 7) zbog namjerno izazvanog nesretnog slučaja od strane ugovarača, osiguranika ili korisnika osiguranja. Ako ima više korisnika osiguranja, osiguravač nema nikakve obaveze prema korisniku osiguranja koji je namjerno prouzrokovao nesretni slučaj;

- 8) zbog pripremanja, pokušaja ili izvršenja kaznenog djela, kao i pri bijegu nakon takvog djela;
- 9) kad je osiguranik učestvovao u fizičkom obračunavanju ili gaje prouzrokovao verbalnim izazivanjem osim u slučaju dokazane samoodbrane. Osiguranik mora sam dokazati okolnosti samoodbrane i osiguravaču priložiti potvrdu od strane odgovarajućeg službenog organa.
- 10) kada nisu bile provedene propisane mjere zaštite na radu ili druge mjere za zaštitu građana u skladu sa Zakonom ili je radnik radio bez propisanog predhodnog zdravstvenog pregleda, a kasnije se pregledom utvrdi da ta osoba prema zdravstvenom stanju nije bila sposobna za rad na određenim poslovima.
- 11) zbog djelovanja alkohola, opojnih ili drugih narkotika na osiguranika u trenutku nesretnog slučaja. Smatra se da je nesretni slučaj nastao zbog djelovanja alkohola, opojnih ili drugih narkotika i psihoaktivnih tvari na osiguranika:
  - ako je kao vozač motornoga vozila prilikom nesretnog slučaja imao u krvi više od 10,8 mil. mola (0,5‰) alkohola ili više od 21,6 mil. mola (1‰) alkohola pri drugim nesretnim slučajevima;
  - ako je alko-test pozitivan, a osiguranik se ne pobrine da se analizom krvi detaljno ustanovi stepen alkohola u krvi;
  - ako onemogućiti ili umakne ustanovljavanju stepena svoje alkoholiziranosti.

Smatra se da je nesretni slučaj nastao zbog djelovanja opojnih ili drugih narkotika i psihoaktivnih tvari na osiguranika:

- ako se stručnim pregledom utvrdi da pokazuje znakove poremećenosti zbog uživanja opojnih ili drugih narkotika i psihoaktivnih tvari;
  - ako onemogućiti ili umakne ustanovljavanju prisutnosti opojnih ili drugih narkotika i psihoaktivnih tvari u njegovom organizmu.
- 12) neposredno ili posredno zbog djelovanja atomske energije.
- 13) Isključene su obaveze osiguravača kod posljedica nesreće, koje nisu bile poznate i nisu bile utvrđene medicinskom dokumentacijom u prvoj godini nakon nesreće.

### 10. član - PLAĆANJE PREMIJE I POSLJEDICE NE PLAĆANJA

- (1) Premija se plaća unaprijed, odjednom za cijelu godinu osiguranja. Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromjesečnim ili mjesečnim ratama, osiguravaču pripada premija za cijelu godinu osiguranja. Osiguravač ima pravo da od bilo kojega plaćanja predmetnog osiguranja naplati sve neplaćene rate premije tekuće godine osiguranja.
- (2) Premija se plaća osiguravaču ili njegovom opunomoćeniku, putem pošte ili banke. Ako se premija dostavlja poštom, smatra se da je plaćena u 24,00 sata onog dana kad je bila plaćena na pošti. Ako se premija plaća putem banke, smatra se da je plaćena u 24,00 sata onog dana kad je nalog bio predan banci. Za svaki dan prekoračenja roka osiguravač zaračunava zakonske zatezne kamate.
- (3) Ako ugovarač osiguranja dospjelu premiju ne plati do ugovorenog roka i to također ne učini neka druga osoba kojoj je to u interesu, ugovor o osiguranju prestaje nakon 30 dana, računajući od dana kad je ugovaraču bilo uručeno preporučeno pismo osiguravača s obavijesti o dospelosti premije, pri čemu taj rok ne može biti kraći od isteka 30 dana od dospelosti premije. U svakom slučaju, ugovor o osiguranju prestaje ako premija nije plaćena u godini dana od njene dospelosti.
- (4) Premija ugovorena za cijelu godinu osiguranja pripada osiguravaču ako je osiguranje prestalo prije ugovorenog isteka zbog isplate osigurane sume za smrt ili potpuni invaliditet.
- (5) U ostalim slučajevima prestanka važenja ugovora o osiguranju prije ugovorenog roka, osiguravaču pripada premija samo do kraja dana do kojega je trajala njegova obaveza.

### 11. član - PROMJENA OPASNOSTI TOKOM TRAJANJA OSIGURANJA

- (1) Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik, dužan je prijaviti osiguravaču promjenu svojih redovnih radnih zadataka i poslova, odnosno zanimanja.
- (2) Ako se zbog te promjene povećala opasnost, osiguravač ima pravo povećati premiju, a ako se opasnost umanjila, osiguravač mora predložiti smanjenje premije ili povećanje osiguranih suma. Tako utvrđene osigurane sume i premija vrijede od dana promjene zanimanja.
- (3) Ako ugovarač ne prijavi promjenu zanimanja ili ne pristane na povećanje odnosno smanjenje premije u roku od 14 dana, u slučaju nastanka osiguranog slučaja osigurane sume se povećavaju ili smanjuju u omjeru između plaćene premije i premije koja bi morala biti plaćena.

### 12. član - PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

- (1) Osiguranik koji je zbog nesretnog slučaja povrijeđen, dužan je:
  - 1) po mogućnosti odmah otići ljekaru odnosno pozvati ljekara zbog pregleda i pomoći, odmah poduzeti sve potrebno za ozdravljenje, te se o načinu liječenja vladati po uputama i savjetima ljekara;
  - 2) osiguravaču pisanim putem prijaviti nesretni slučaj, čim mu zdravstveno stanje to omogući;
  - 3) u prijavi nesretnog slučaja, navesti osiguravaču sve potrebne obavijesti i podatke što ih osiguravač zahtijeva za rješavanje osiguranog slučaja, posebno: mjesto i vrijeme nastanka nesretnog slučaja, potpun opis štetnog događaja, ime ljekara koji ga je pregledao ili ga liječi, nalaze ljekara i drugu dokumentaciju o toku liječenja, vrsti tjelesnih oštećenja, o nastalim i o mogućim posljedicama, kao i podatke o tjelesnim manama, nedostacima i bolestima što ih je imao već prije nesretnog slučaja.
- (2) Ako je nesretni slučaj imao za posljedicu osiguranikovu smrt, korisnik osiguranja mora to odmah pismeno prijaviti osiguravaču i pribaviti potrebnu dokumentaciju.
- (3) Za utvrđivanje važnih okolnosti povezanih s prijavljenim nesretnim slučajem ugovarač osiguranja opunomoćuje, a osiguranik i korisnik osiguranja su dužni opunomoćiti osiguravača za pribavljanje svih potrebnih podataka i pojašnjenja od bilo koje druge pravne ili fizičke osobe.

### 13. član - UTVRĐIVANJE PRAVA KORISNIKA OSIGURANJA

- (1) Ako je zbog nesretnog slučaja osiguranik umro, korisnik osiguranja mora podnijeti policu i dokaze da je smrt bila posljedica nesretnog slučaja, te dokaze o plaćanju zadnje premije. Ako osoba koja nastupa kao korisnik osiguranja nije kao takva izričito navedena u ugovoru o osiguranju, mora dokazati svoje pravo na primanje osigurane sume.
- (2) U slučaju invaliditeta zbog nesretnog slučaja, osiguranik mora podnijeti policu, dokaz o plaćanju zadnje premije, dokaze o okolnostima nastanka nesretnog slučaja i dokaze o utvrđenim posljedicama za određivanje konačnog stepena trajnog invaliditeta.
- (3) Stepenn invaliditeta određuje se prema Tabeli za određivanje trajnog gubitka opće radne sposobnosti zbog nesretnog slučaja (u daljnjem tekstu: Tabela invaliditeta). Osiguranikove individualne sposobnosti, socijalni položaj ili djelokrug rada (profesionalna sposobnost) ne uzimaju se u obzir pri određivanju stepena invaliditeta.
- (4) Pri gubitku više udova ili organa zbog jednog nesretnog slučaja, procenti invaliditeta se, za svaki pojedini ud ili organ, sabiraju.
- (5) Ako zbir postotaka invaliditeta za gubitak ili oštećenje više udova ili organa zbog jednog nesretnog slučaja po tabeli iznosi više od 100 %, osiguravač nije dužan isplatiti više nego što iznosi osigurana suma za potpuni invaliditet.
- (6) Za višestruke povrede na istom ud ili organu osiguravač je dužan isplatiti najviše onaj postotak invaliditeta koji je po tabeli određen za potpuni gubitak uda ili organa odnosno dijela uda ili organa.

- (7) Ako je osiguranikova opća radna sposobnost već prije nesretnog slučaja bila umanjena, obaveza osiguravača se određuje po novom invaliditetu neovisno o prijašnjem, osim u slučaju ako osiguranik izgubi ili ošteti već prije oštećeni ud, organ ili zglobov. U takvom slučaju osiguravač isplaćuje samo razliku između prijašnjeg i novog stepena invaliditeta, no najviše razliku do invaliditeta koji je po tabeli predviđen za nepokretnost zglobova odnosno potpuni gubitak uda ili organa odnosno dijela uda ili organa.
- (8) Ako je osiguranik zbog nesretnog slučaja prolazno nesposoban za rad, o tome mora podnijeti potvrdu ljekara koji ga je liječio. Ta potvrda mora pored ljekarskog nalaza po čl. 12. st (1.) tačka 3. ovih Općih uvjeta sadržavati također i potpunu dijagnozu, tačne podatke o tome kada se počeo liječiti zbog nesretnog slučaja i do kojeg dana je trajalo liječenje od posljedica nesretnog slučaja.
- (9) Ako je zbog nesretnog slučaja potreban boravak i liječenje u bolnici, te je ugovorom o osiguranju ugovorena i naknada za bolnički dan, osiguranik je dužan odmah po okončanom liječenju osiguravaču dostaviti izvornu potvrdu o boravku u bolnici koja mora sadržavati prezime, ime te adresu osiguranika, njegov datum rođenja, datum prijema i otpuštanja iz bolnice, dijagnozu i tok liječenja.
- (10) Za osigurane slučajeve za koje vrijedi obaveza po ugovoru o osiguranju, osiguraniku ili korisniku osiguranja će se nadoknaditi dokazani troškovi za ispunjenje ljekarskih uvjerenja koje je pored dokumenata navedenih u čl. 12, st. (1) tačka 3 te člana 13 ovih Općih uvjeta dodatno i izričito zahtijevao osiguravač. Osiguravač ima pravo o svom trošku poduzeti sve potrebno za pregled osiguranika kod ljekara, ljekarskih komisija ili zdravstvenih ustanova.

### 14. član - ISPLATA OSIGURANE SUME

- (1) Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu odnosno njezin pripadajući dio korisniku osiguranja ili ugovorenu naknadu osiguraniku u roku od 14 dana po primitku svih dokaza o postojanju i visini svoje obaveze. Ako se naknada iz osiguranja isplaćuje putem pošte ili banke, smatra se daje isplata izvršena u 24,00 sata onoga dana kad je na pošti ili banci bila potvrđena uplata. Ako osiguravač ne izvrši isplatu u navedenom roku, korisnik osiguranja ima pravo na zakonske zatezne kamate.
- (2) Konačni stepen invaliditeta određuje se po završenom liječenju, kad se posljedice oštećenja ustale, to jest kad se prema ljekarskom predviđanju ne može očekivati da bi se stanje moglo poboljšati ili pogoršati. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku treće godine od dana nesretnog slučaja, kao konačno se uzima stanje kod isteka ovog roka i prema njemu se određuje konačni stepen invaliditeta.
- (3) Sve dok nije moguće utvrditi konačni stepen osiguranikovog invaliditeta, osiguravač je dužan isplatiti iznos koji nesporno odgovara postotku invaliditeta za koji se može na osnovu ljekarske dokumentacije već tada sa sigurnošću ustanoviti da će trajno ostati.
- (4) Ako osiguranik umre prije isteka godine dana od dana nastanka nesretnog slučaja od posljedica tog istog nesretnog slučaja, a stepen invaliditeta je već bio utvrđen, osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za smrt, odnosno razliku između osigurane sume za smrt i iznosa što ga je već bio prije toga isplatio za invaliditet.
- (5) Ako stepen invaliditeta nije bio određen, a osiguranik umre od posljedica istog nesretnog slučaja, osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za smrt odnosno razliku između te sume i eventualno već prije isplaćene akontacije za invaliditet, ali samo tada ako je osiguranik umro najkasnije u roku tri godine od dana nastanka nesretnog slučaja.
- (6) Ako osiguranik umre u roku od tri godine od nastanka nesretnog slučaja zbog bilo kojeg drugog uzroka osim uzroka navedenog u prethodnom stavu ovog člana, a stepen invaliditeta još nije bio utvrđen, invaliditet se određuje na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.
- (7) Ako nesretni slučaj ima za posljedicu osiguranikovu prolaznu nesposobnost za rad, a ugovorom o osiguranju je ugovorena isplata



dnevne naknade, osiguravač isplaćuje osiguraniku naknadu u ugovorenoj visini od dana naznačenog u polici (ugovorena karenca). Ukoliko taj dan nije određen, tada od prvog dana koji slijedi danu kad je započelo liječenje kod ljekara ili u zdravstvenoj ustanovi, pa do zadnjeg dana trajanja privremene nesposobnosti za rad, odnosno do smrti ili do utvrđivanja potpunog invaliditeta. Dnevna naknada se ne isplaćuje za vrijeme prolazne nesposobnosti za rad nakon utvrđivanja konačnog stepena invaliditeta. Dnevna naknada se isplaćuje samo dok je osiguranik nesposoban za rad i dok traje liječenje od posljedica nesretnog slučaja. Dnevnu naknadu priznaje odnosno određuje osiguravač na osnovu zdravstvene dokumentacije.

Dnevna naknada se isplaćuje za najviše 200 dana prolazne nesposobnosti za rad.

U slučaju prisutnosti na poslu, uprkos imobilizaciji ili drugog oblika liječenja dnevna naknada se ne priznaje.

Osiguravač u svakom slučaju ima pravo da po svojoj ocjeni, imajući u vidu prirodu povrede i njene posljedice, te na osnovu ljekarske dokumentacije, skрати dnevnu naknadu i to slačaju kada obolenje utiče na produžetak iste. U ovom slučaju kao mjerodavna dužina trajanja bolovanja uzima se u obzir prosječno trajanje liječenja za povredu iste vrste. Dnevna naknada za obavljene fizikalne terapije se priznaje samo u slučaju ako je ista propisana od strane ljekara i uz priloženu potvrdu o obavljenoj fizikalnoj terapiji.

Ako je prolazna radna nesposobnost bila produžena iz bilo kojih drugih zdravstvenih razloga, osiguravač je dužan isplatiti dnevnu naknadu samo za onaj dio trajanja nesposobnosti za rad koji je isključiva posljedica nesretnog slučaja.

- (8) Ako je ugovorom o osiguranju ugovoren i povrat troškova liječenja, osiguravač će nadoknaditi osiguraniku - bez obzira na to ima li kakvih drugih posljedica - po podnesenim dokazima, sve stvarne i nužne troškove liječenja ali najviše do sume navedene u polici. Priznaju se troškovi liječenja u BiH i to oni koji nisu pokriveni obavezanim Zdravstvenim osiguranjem.
- (9) U troškove liječenja iz prethodnog stava ubrajaju se još i troškovi za umjetne udove i zamjenu zuba i troškovi za nabavu drugih pomagala, ako je to po procjeni ljekara potrebno. Osiguravač je dužan nadoknaditi samo one troškove liječenja koje mora plaćati sam osiguranik. Troškovi prevoza kao što su autobuska karta, voz i slično ne smatraju se troškovima liječenja. Da bi se priznali troškovi liječenja moraju se dostaviti originalni računi.
- (10) Ako je zbog nesretnog slučaja potreban boravak i liječenje u bolnici te je ugovorom o osiguranju ugovorena i naknada za bolnički dan, osiguravač isplaćuje ugovoreni iznos za bolnički dan za svaki kalendarski dan boravka osiguranika u bolnici, a najviše za 365 dana u dvije godine od dana nastanka nesretnog slučaja.

U bolnice u smislu gornjeg stava ubrajaju se opće, specijalističke bolnice i klinike, čija je djelatnost produbljena dijagnostika i liječenje. Lječilišta, domovi i ustanove za rekreaciju ili odmor ne ubrajaju se u bolnice. (11) Ako nesretni slučaj ima za posledicu invaliditet, osiguravač isplaćuje korisniku osiguranja ili osiguraniku osiguranu sumu ili njen dio koji je ugovoren za takve slučajeve, bez obzira na isplaćenu isplaćenu dnevnu naknadu za prolaznu nesposobnost za rad, naknadu za bolnički dan i povrat troškova liječenja.

#### 15. član - OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

- (1) Svaka ugovorna strana može osiguranje s neodređenim trajanjem otkazati, ukoliko osiguranje nije prestalo iz nekog drugog razloga. Osiguranje se otkazuje pismenim putem, najmanje tri mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja.
- (2) Ako je osiguranje sklopljeno na više od 5 godina, po isteku tog roka svaka strana smije s otkaznim rokom od šest mjeseci otkazati ugovor, s tim da to pismeno saopći drugoj strani (čl. 922/3 ZOO).

#### 16. član - ZASTARIJEVANJE ZAHTJEVA

Zahtjevi iz ugovora o osiguranju od posljedica nesretnog slučaja zastarijevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

#### 17. član - ODREĐIVANJE KORISNIKA OSIGURANJA

- (1) Korisnik osiguranja za slučaj osiguranikove smrti određuje se na polici.
- (2) Ako u polici ili u Dopunskim uvjetima nije drugačije ugovoreno, korisnici osiguranja u slučaju osiguranikove smrti su:
  - 1) osiguranikova djeca i supružnik u jednakim dijelovima;
  - 2) ako nema supružnika, osiguranikova djeca u jednakim dijelovima;
  - 3) ako nema djece, supružnik i osiguranikovi roditelji. U tom slučaju supružniku pripada polovina osigurane sume, a druga polovina roditeljima, odnosno onome od roditelja koji je u životu. Ako su osiguranikovi roditelji umrli prije osiguranika, cijela osigurana suma pripada supružniku;
  - 4) ako nema supružnika i djece, osiguranikovi roditelji u jednakim dijelovima. Ako je živ samo jedan od roditelja, pripada mu cijela osigurana suma;
  - 5) ako nema osoba navedenih u prethodnim tačkama ovog stava, korisnici osiguranja su nasljednici osiguranika na osnovu pravnomočnog sudskog rješenja.
- (3) Supružnikom se smatra osoba koja je bila u braku s osiguranikom u trenutku njegove smrti.
- (4) Za slučaj invaliditeta, prolazne nesposobnosti za rad, kao i za povrat troškova liječenja, korisnik osiguranja je osiguranik sam, ako nije drukčije ugovoreno.
- (5) Ako je korisnik osiguranja maloljetna osoba, naknada iz osiguranja se isplaćuje njegovim roditeljima, odnosno staratelju. Osiguravač može od staratelja zahtijevati da u tu namjenu predochi ovlaštenje nadležnog organa starateljstva.

#### 18. član - ZAVRŠNE ODREDBE

- (1) Sastavni dio Općih uvjeta za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja je Tabela invaliditeta za određivanje trajnog gubitka opće radne sposobnosti uslijed nesretnog slučaja.
- (2) Za odnose između osiguravača i ugovarača osiguranja koji nisu uređeni ovim Općim uvjetima, primjenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.
- (3) Osiguravač se obavezuje da će zdravstvene podatke osiguranika brižno čuvati u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju.